

嘉基體系戴德森醫療財團法人關係企業

入會申請書

姓名		員工編號		體系	<input type="checkbox"/> 嘉基醫院 <input type="checkbox"/> 產後護理 <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 福委會
部門		單位		職稱	
到職日		出生 年月日		身分證 字號	
聯絡電話	手機：		分機/MPVN		
學歷	<input type="checkbox"/> 碩博士 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 國中		email		
通訊地址	(含區、里、鄰)				

本人同意於戴德森醫療財團法人受僱期間，加入嘉基體系戴德森醫療財團法人關係企業工會後，於每月薪資中扣抵之經常會費新台幣壹百參拾伍元整。 同意 不同意 簽章：_____

※請務必填寫正確資料，以保障會員權益。

※依個資法規定，本表格資料僅限工會會務使用。

※本人同意依據工會法、工會法施行細則、嘉基體系戴德森醫療財團法人關係企業工會章程暨國家法令之規定，申請加入貴會會員。

入會申請人：_____ 簽章：_____

申請日期：中國民國 年 月 日

請貼識別證影本

經辦

審核

理事長